1896

Ein Fall

von

Vesania typica legitima vera completa hysterica.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Königl. Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 11. Juli 1896

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Max Arndt

aus Cosel O/S.

Opponenten:

Herr Drd. med. Grape, Cursist aus Treptow a. Toll.
„ Drd. med. Koerner aus Friedland i. Mecklbg.
„ stud med. Ruppert aus Hirschberg i. Schles.

Greifswald.
Druck von F. W. Kunike.
1896.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0291

Seiner teuren Mutter

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wenn auch die Medicin im allgemeinen in den letzten Jahrzehnten unstreitig recht grosse Fortschritte gemacht hat und mit Genugthuung auf die Erfolge zurückblicken kann, die sie errungen hat, so muss andererseits doch zugegeben werden, dass gewisse Zweige derselben sehr stiefmütterlich behandelt werden und noch weite Bahnen der Forschung offen lassen.

Ein solches arg vernachlässigtes Stiefkind ist, meine ich, die Psychiatrie. Ist doch dieselbe nicht einmal in die Reihe der Prüfungsgegenstände des medicinischen Staatsexamens aufgenommen, ja es wird nicht einmal von dem fertigen Arzte verlangt, dass er die psychiatrische Klinik besucht und sich überhaupt mit Psychiatrie beschäftigt hat; während doch gerade jetzt in unserem sogenannten nervösen Zeitalter — wo „Suggestion und Hypnose" einerseits, „der Spiritismus" andererseits (ich erinnere nur an den Prozess Czinsky) im Gehirn der Menschen herumspukt — von einem jeden Arzte verlangt werden müsste, derartig sachgemäss geschult zu sein, dass er genaue Auskunft über den „geistigen Zustand" eines Menschen geben kann, zumal da er gerade heutigen Tages häufig

in die Lage kommen dürfte, vor Gericht — sei es bei Entmündigungsverfahren, sei es bei Criminalprozessen — als Sachverständiger vernommen zu werden und durch ein infolge ungenügender Vorbildung falsch abgegebenes Gutachten unsägliches Elend anrichten kann. Doch ganz abgesehen hiervon; hat der Satz: „Nur in einem gesunden Körper kann eine gesunde Seele wohnen" seine Richtigkeit und Bedeutung, so meine ich — da wir medicinisch Körper und Geist doch nur als „ein einziges, zusammengehöriges, untrennbar mit einander verbundenes Ganzes" auffassen können — ist die Umkehrung desselben: „Nur wenn die Seele gesund ist, kann es auch der Körper sein" von noch viel grösserer Bedeutung. Und schon aus diesem Grunde sollte seitens der Studierenden dem Studium der Psychiatrie und der Behandlung Geisteskranker ein weit grösseres Interesse und mehr Sorgfalt entgegengebracht werden, als es jetzt der Fall ist.

Im Folgenden sei es mir nun gestattet, auf eine ziemlich häufige psychische Erkrankung, die Vesania typica legitima vera completa hysterica — die auch sonst wohl in einzelnen Fällen als akutes halucinatorisches Irrsein, als akute Verwirrung, als Wahnsinn oder wohl auch als akute Paranoia bezeichnet wird — näher einzugehen und einen von mir selbst beobachteten derartigen Fall zu beschreiben, welcher in der psychiatrischen Universitätsklinik zu Greifswald zur Behandlung gelangte und mir von Herrn Professor Dr. Arndt zur Veröffentlichung gütigst überlassen wurde.

Bevor ich jedoch denselben näher auseinandersetze, sei es mir gestattet, zunächst auf die „somatischen Verhältnisse“ und dann auf die „frühere Lebensgeschichte“ unserer Patientin, soweit beides zum besseren Verständnis des Krankheitsbildes erforderlich ist, einzugehen.

Patientin, das 21 Jahre alte Dienstmädchen Marie C. gen. W. aus Stettin, ist von ziemlich kleiner Statur und gracilem Knochenbau, wogegen die Muskulatur verhältnismässig kräftig entwickelt ist. Die Wangen zeigen z. Z. einen leichten Anflug von Röte, während die Lippen und Conjunktiven blass erscheinen. Aus dem Munde dringt einem bei der Untersuchung zeitweise ein starker Foetor entgegen. Die Haut hat eine grauliche Farbe und fühlt sich trocken und schuppend an. Die Extremitäten, besonders die Beine sind auffallend kühl; im Gesicht befinden sich eine ganze Anzahl Naevi pigmentosi. Die Temperatur ist etwa 37° C. Der Schlaf war während des Verlaufes der Vesania typica im grossen und ganzen ziemlich schlecht, so dass Patientin wiederholt Chloral erhalten musste; jetzt nach Eintritt des wohl als sekundäre Paranoia chronica anzusprechenden Zustandes erfreut sich die Patientin eines recht gesunden Schlafes. Die Reflexerregbarkeit ist normal, zuweilen etwas erhöht. Der Puls ist schwach und etwas beschleunigt (etwa 80 Schläge in der Minute). Die Herztöne sind durchweg sehr schwach. Bei der Auskultation des Mitraltons ist eine deutliche Verstärkung des 2. Herztones wahrzunehmen. Dieser Befund sowie das verspätete

(erst nach dem 17. Lebensjahre) Eintreten einer unregelmässigen, bald profusen, bald spärlichen Menstruation, verbunden mit einer schon oben erwähnten bleichen Färbung der Haut und einem leichten Anflug von Röte auf den Wangen, rechtfertigen die Diagnose Chlorosis rubra, und ist dieses Leiden der erste wichtige Grundstein, auf dem sich die Vesania typica aufbaut. Die Atmung ist sehr oberflächlich, so dass es nur schwer gelingt, dieselbe zu auskultieren; auf der Brust ist normales Atmen zu hören, die Zahl der Atemzüge ist vermindert. Der Appetit ist schlecht, der Stuhlgang erst durch Einläufe zu erzwingen. Der Urin zeigt nichts Ungewöhnliches, weder Eiweiss noch Zucker lässt sich in demselben nachweisen.

Aus der Lebensgeschichte der Patientin bis zu ihrer Aufnahme in die hiesige psychiatrische Klinik wäre folgendes hervorzuheben. Zunächst ist Patientin als uneheliches Kind geboren, und dürfte schon ihre Erziehung, welche doch bei weitem nicht derjenigen in einem geordneten Hauswesen, in einer Familie entsprach, und fernerhin der erzieherische Einfluss der Mutter, welche doch, wie wir annehmen müssen, in sittlicher Beziehung nicht taktfest war und infolgedessen nicht auf der ganzen Höhe der Moral steht, ein zweites belastendes Moment für die psychische Erkrankung unserer Patientin sein. Seitens der Mutter und der mütterlichen Verwandten lässt sich eine hereditäre Belastung nicht feststellen. Vom Vater aus können wir leider nichts eruieren, da die Mutter später einen andern Mann geheiratet hat, und der Vater ihres

ersten Kindes sozusagen für sie verschollen ist. Der Stiefvater nun scheint Alkoholiker zu sein, und mag da wohl das Familienleben, das unsere Patientin nun genoss, ein recht trauriges gewesen sein. Dies möchte ich als das dritte, wenn auch weniger als die beiden ersten belastende Moment hinstellen; denn wir wissen, dass ein ruhiges, regelmässiges Leben den Ausbruch einer Psychose nicht nur verhindern, sondern sogar eine schon ausgebrochene Psychose heilen kann. Krämpfe, Skrofulose, Rhachitis u. s w. sind an dem Kinde nicht bemerkt worden. Es soll ein fröhliches, zwar nicht besonders stilles, andererseits aber auch gerade nicht sehr lebhaftes oder heftiges Kind gewesen sein. In der Schule soll sie leicht begriffen und gut gelernt haben, auch ihr Gedächtnis soll ein gutes gewesen sein. Die Menstruation trat erst spät und zwar nach dem 17. Jahre ein. Dass dieselbe auf den Gemütszustand unserer Patientin von Einfluss war, ist nicht bemerkt worden, wahrscheinlich weil gar nicht darauf geachtet worden ist; denn, wie wir später sehen werden, ist dieselbe während der in der Klinik beobachteten Psychose von wesentlichem Einfluss auf den Geisteszustand der Patientin gewesen. Hinsichtlich des Geschlechtstriebes sind aussergewöhnliche Gelüste nicht in Erscheinung getreten; im Gegenteil, soweit beobachtet worden ist, war sie eine sehr zurückhaltende Person. Die erste geistige Störung trat bei ihr im Jahre 1890 auf, als sie bei einem Kaufmann in Stettin diente, und äusserte sich als Verfolgungswahn, der etwa 4 Wochen angehalten haben soll. Sie

beschuldigte damals Mitglieder ihrer Herrschaft, dieselben wollten sie erstechen, hätten ihr Gift gegeben; und zwar geschah dies in grosser Aufregung, weinend und schreiend, so dass ihre Herrschaft schon damals Willens war, ihre Überführung in ein Irrenhaus zu veranlassen. Ich möchte diese Erkrankung als Vesania typica legitima vera abortiva raptuosa, vielleicht auch als akutes halucinatorisches Irrsein bezw. Wahnsinn bezeichnen. Es ging dann ganz leidlich mit ihr; jedoch war sie nicht im Stande, als sie später bei einem andern Kaufmann in den Dienst trat, die ihr aufgegebenen Arbeiten zu bewältigen, und wurde deshalb von ihren Eltern zu Hause beschäftigt, wo sie aber auch zu andauernder Arbeit nicht zu gebrauchen war und ganz besonders durch die grosse Langsamkeit, mit der sie alles erledigte, auffiel. Sie wurde im Frühling des Jahres 1891 in die hiesige psychiatrische Klinik, angeblich wegen eines Tobsuchtsanfalles (näheres liess sich darüber nicht ermitteln) aufgenommen und nach ihrer Genesung, welche nach etwa viermonatlicher Behandlung eintrat, als Wärterin in derselben angestellt. Etwa 4 Jahre ging es ihr in psychischer Beziehung ganz gut, d. h. es war weder nach der melancholischen noch nach der maniakalischen Seite hin etwas Auffälliges an ihr zu bemerken. In ihren Arbeiten war sie sehr gewissenhaft und fleissig und zeigte dabei eine lobenswerte Ausdauer, trotzdem man es ihr anmerken konnte, dass es ihr sicher zeitweise recht schwer wurde, und sie ihre ganze Willenskraft zusammennehmen musste, um den Anforderungen

des Tages mit dem gewohnten Eifer und Genauigkeit zu genügen. Manche Eigentümlichkeiten erinnerten freilich noch immer an ihre frühere Krankheit: ein gewisser Eigenwille, um nicht zu sagen Eigensinn, eine auffallende Empfindlichkeit und Verletzbarkeit, eine zeitweise starke Verschlossenheit u. s. w. konnten dem aufmerksamen Beobachter nicht entgehen; doch muss hier wiederum betont werden, dass die erwähnten Verstimmungen nie den Rahmen der massvollen und gesunden Ergasieen überschritten. Ein halbes Jahr etwa vor ihrer jetzigen Erkrankung begann sich unsere nunmehrige Patientin schwächer als sonst zu fühlen, erkältete sich leicht und klagte über häufiges Ziehen und Reissen in allen Gliedern, ihre Menstruation wurde unregelmässig und schwächer, die — wie bereits oben erwähnt — sehr arbeitsame und gewissenhafte Person liess hier und da etwas von dem früheren Eifer und Pünktlichkeit vermissen und wurde von Tag zu Tag träger und nachlässiger. Dazu kam noch hinzu, dass sie sich sehr darüber grämte, dass ihr die Eltern jeden Monat 15—20 M. von ihrem Lohne abforderten; sie gab jedoch das verlangte Geld immer wieder willig her. Diesen Aerger nun fasse ich als das vierte und letzte Moment auf, welches die Reizbarkeit unseres psychopathisch veranlagten Individuums so steigerte, dass die nun zu beschreibende Psychose zum Ausbruch kam. Nachdem sich am 31. August die Menstruation eingestellt hatte, zeigte sich Patientin am 1. September 1895 scheinbar ganz plötzlich auffallend verändert. Zunächst begann sie wirr zu reden und glaubte ihren

Vater zu sehen. Als sie daraufhin kaum ins Bett gebracht worden war, schlug sie mit der Faust gegen die Fensterscheiben und begann derartig zu toben, dass sie in eine Isolierzelle untergebracht werden musste.

Von diesem Zeitpunkte ab liegen nun genauere Beobachtungen über das Verhalten der Kranken vor, und es sei mir gestattet, die zum Verständnis des Krankheitsverlaufes erforderlichen Daten hier anzuführen.

Am 5. September 1895 ist ein ausgesprochener Stupor zur Entwickelung gelangt. Patientin lässt den Urin unter sich.

9. September. Patientin ist noch immer stuporös und lässt den Urin unter sich.

10. September. Das Befinden der Patientin ist recht wechselnd, bald ist sie klar, bald verworren; am Abend z. B. hält sie den Assistenzarzt für den Kaiser Wilhelm.

12. September. Patientin ist ununterbrochen klar und lässt auch den Urin nicht mehr unter sich.

20. September. Patientin ist vollkommen klar; sie fragt, weshalb sie hier noch liegen soll und wünscht aufstehen zu dürfen. Der Appetit ist zufriedenstellend, der Schlaf gut, der Stuhlgang etwas träge.

22. September. Verhalten der Patientin sehr wechselvoll; zeitweise mag sie auf die an sie gerichteten Fragen nicht antworten und liegt regungslos mit geschlossenen Augen da, zeitweise wiederum ist sie ganz zugänglich und gesprächig

28. September. Benehmen der Patientin immer noch sehr wechselvoll; bald ist sie sehr munter, bald mag sie sich weder rühren noch Fragen beantworten.

2. Oktober. Heute ist die Menstruation eingetreten, ein Umstand, der sich gleich durch einen bedeutenden Stimmungswechsel kund thut. Am Abend ist sie erregt, zuweilen schimpft sie; doch behält eine fröhliche, durch häufiges Lachen gekennzeichnete Stimmung die Oberhand.

3. Oktober. Patientin wühlt das ganze Bett um, ist frech, eigensinnig und trotzig.

5. Oktober. Patientin hat wieder das Bett nass gemacht.

6. Oktober. Patientin schilt unaufhörlich bald auf diesen, bald auf jenen, gebraucht Ausdrücke wie: Sau u. s. w. Dann singt sie wieder laut hin.

7. Oktober. Patientin beschimpft heute den Assistenzarzt in gemeiner Weise und will ihm den Stuhl an den Kopf werfen.

9. Oktober. Der aufgeregte Zustand der Patientin dauert fort; sie ärgert sich und schilt über jede Kleinigkeit und will jeden, der sich ihr nähert, schlagen.

10. Oktober. Patientin ist sehr unruhig, schimpft und singt abwechselnd. Und je mehr man sie ermahnt, es zu unterlassen, desto toller treibt sie es.

14. Oktober. Patientin ist zwar ruhig, aber noch etwas benommen.

17. Oktober. Patientin leidet an Obstipation; eine Ausspülung bleibt ohne Erfolg.

18. Oktober. Eine Darmeingiessung bleibt wieder

ohne Erfolg. Erst manuell lassen sich aus dem Mastdarm ganz verhärtete Kotmassen entfernen.

22. Oktober. Verhalten der Patientin etwas ruhiger, immerhin aber doch noch sehr wechselnd.

29. Oktober. Patientin menstruiert. Wiederum tritt ein auffallender Stimmungswechsel in Erscheinung. Sie ist dem Wartepersonal gegenüber sehr trotzig und eigensinnig. Gegen Abend weint Patientin plötzlich ohne jede Veranlassung laut auf und geberdet sich wie verzweifelt.

3. November. Patientin schläft ruhig die ganze Nacht hindurch.

8. November. Stimmung sehr wechselnd, bald weint Patientin, bald lacht sie, zeitweise wiederum ist sie ziemlich verständig.

10. November. Stimmung wechselnd; Patientin ist bald heiter, bald in sich gekehrt.

11. November. Patientin liegt ruhig im Bett.

12. November. Patientin tanzt fortwährend im Zimmer umher.

13. November. Patientin ist sehr heiter gestimmt und antwortet auf alle Fragen mit lachendem Munde. Sie bemüht sich ihre Antworten in scherzhafter Weise zum Ausdruck zu bringen.

14. November. Die heitere Stimmung hält an, Patientin lässt sich durch nichts in ihrer Fröhlichkeit stören.

22. November. Zustand unverändert.

30. November. Patientin ist noch immer sehr

heiter; sie tanzt im Zimmer und auf dem Corridor umher und lacht dabei laut auf.

4. Dezember. Patientin ist noch immer heiter. Auf die Frage: „Wie geht es Ihnen Marie?“ antwortet sie dem Assistenzarzte: „Mir auf zwei Beinen. Wie geht es Dir?“

8. Dezember. Patientin ist ruhiger geworden und fängt an sich etwas verstimmt zu zeigen.

10. Dezember. Die melancholische Verstimmung hält an; Patientin liegt ruhig im Bett. Durch längeres Einreden auf sie bringt man sie allerdings wieder zu Ausbrüchen von Heiterkeit und Schimpfen in wenig anständigen Ausdrücken.

Von nun an nimmt die melancholische Verstimmung constant zu. Patientin wird sehr traurig und niedergeschlagen; sie ist teilnahmslos für alles, was um sie herum vorgeht und damit stuporos. Der Schlaf ist gut, der Appetit herabgesetzt.

Seit dem 8. Januar 96 lässt sie wieder den Urin ins Bett.

20. Januar. Der Stupor ist soweit fortgeschritten, dass Patientin gar nicht mehr seit einigen Tagen aufsteht und Urin und Faeces unter sich lässt.

Am 21. Februar ist das Bett seit langer Zeit wieder zum ersten Male trocken.

Nun beginnt sich noch ein zweites Stadium maniacale herauszubilden, das etwa Anfang April seinen Höhepunkt erreicht hat. Da dasselbe in seinem Verlauf im Wesentlichen dem ersten Stadium maniacale gleicht, glaube ich auf eine genauere Be-

schreibung desselben verzichten zu dürfen. Am 10. April ist vollständiger Stupor eingetreten, der sich im Laufe des Monats April allmählich löst. Seit Ende April bis jetzt (Mitte Juni) ist das Verhalten der Patientin sehr wechselvoll, bald maniakalisch, bald melancholisch.

Es sei mir nun gestattet, eine kurze Beschreibung der Vesania typica legitima vera completa einzuflechten, wie sie uns das Arndt'sche Lehrbuch giebt, um dann an der Hand derselben unsern Fall zu betrachten und die gestellte Diagnose zu begründen.

Es ist trotz manches Widerspruches doch nach Kahlbaum und Arndt als ein feststehender Satz in der Psychiatrie anzusehen, dass jede krankhafte Psychose mit einem melancholischen Stadium beginnt, das besonders schön bei der Vesania typica u. s. w. in den Vordergrund tritt; wir nennen es Stadium melancholicum initiale.

1) Stad. mel. init. Ein bis dahin anscheinend gesunder Mensch nimmt allmählich ein trauriges, müdes und unruhiges Wesen an. Sein Bedürfnis zu schlafen ist vermehrt, der Schlaf selbst oberflächlich und wenig erfrischend. Er ist nicht mehr im Stande, seine Arbeit mit der gewohnten Schnelligkeit und Sorgfalt auszuführen. Sein körperliches Unbehagen äussert sich in Appetitmangel, Magenbeschwerden und Stuhlverstopfung, verbunden mit Kopfschmerzen. Häufig ist auch die Ahnung eines bevorstehenden tiefen Wehes und die Furcht, geisteskrank zu werden, vorhanden. Am meisten beruhigend wirkt auf diesen Zustand Ruhe und Schlaf ein. Der Laie glaubt in der Regel,

dass der betreffende Mensch sich nur einbilde krank zu sein, in Wirklichkeit aber nur energielos und ein Hypochonder wäre. Die Hyperästhesie, auf der sein Unbehagen, Missbehagen beruht, wird indessen immer grösser, die Unruhe nimmt zu. Der Patient kann selbst mit Aufbietung seiner ganzen Willenskraft nichts Ordentliches mehr leisten. Er verbringt ganze Tage mit Nichtsthun und Vorsichhinbrüten, sein Interesse und Teilnahme für das Wohl und Wehe seiner Angehörigen und Freunde schwindet. Der Kranke hat weiterhin das Gefühl, als ob der Fluch eines schweren Verbrechens auf ihm laste; Angst und Furcht befällt ihn, Seufzer entringen sich seiner Brust, ein Strom von Thränen rieselt die Wangen hinab. Dann macht sich eine grosse Unstätigkeit bemerkbar, bald macht Patient dies, bald das, ohne etwas richtig zu Ende zu bringen. Bald lassen diese gelinden Formen von Raptus nach, die Stimmung des Kranken schlägt in das Gegenteil um, die nun erfolgende Abspannung steigert sich zum mehr oder minder ausgesprochenen Stupor. Teilnahmslos sitzt der Kranke da, verschwommen sind die Eindrücke, dunkel die Empfindungen, welche auf ihn einwirken; er führt sozusagen ein Traumleben. Allmählich kommt er dann wieder zu sich; seine Grundstimmung ist nun eine schmerzvolle Unruhe. So wechselt fortwährend das Gefühl eines unsäglichen Wehes und eine Art von Traumleben mit einander ab Infolgedessen schliesst sich der Kranke vom Verkehr, ja sogar mit seiner Familie, ab und sucht die Einsamkeit auf; viele Stunden bringt er in derselben zu,

und ein Boden, ein Keller, ein Stall sind seine beliebtesten Schlupfwinkel. Ja selbst Aborte wählt er zu seinem Aufenthalt, da sich Parästhesieen bei ihm herausgebildet haben und ein parästhetisches, paranoikisches Verhalten bedingen. Bald treten Ernährungsstörungen auf, der Patient wird blass und mager, seine Haut welk und faltig. Die Epidermis ist glanzlos, trocken und schülferig. Die Herzthätigkeit ist schwach, die Pulse werden klein; häufig ist der erste linke Herzton sehr schwach, der zweite sehr stark. Die Respiration ist oberflächlich. Der Appetit ist verringert, der Stuhlgang angehalten. Infolge verminderter Gallensekretion nehmen die Faeces eine hellere Färbung an. Eine mehr oder weniger starke klinische Chlorose gelangt zur Entwickelung; bei Frauen tritt Unregelmässigkeit in der Menstruation ein. Weiterhin wird die Haut grau, ab und zu treten venöse Stasen auf, infolgedessen fühlen sich Füsse und Hände kalt an; das Gesicht wird gedunsen, Nase, Lippen und Augenlider werden plump. Die Circulation und Respiration wird arythmisch, häufig verweigert Patient die Nahrungsaufnahme. Infolge all dieser Störungen erscheint der Kranke gealtert, er ist ein verzagter Mensch; die Flexoren gewinnen das Übergewicht über die Extensoren. Die Corrugatores superciliorum, Sphincteres oculi et oris, Depressores anguli oris et alae nasi treten in Aktion. Die Naso-Frontal-, Naso-Labial- und Labio-Mental-Falten sind deutlich ausgeprägt und geben dem Gesicht den melancholischen Ausdruck. Die Bewegungen sind langsam und gehemmt, der Gang

schwerfällig, die Gesten linkisch; das Mienenspiel ist recht mangelhaft. Die Bewegungen fallen in schweren Fällen fast ganz aus, die Kranken bleiben im Bett liegen, ohne sich zu rühren, bleiben stehen oder sitzen, wo es gerade ist. Sie müssen gefüttert werden, reagieren weder auf Anrede noch auf sonstige äussere Reize und lassen ihre Bedürfnisse unter sich; dabei sind sie aber nicht geistig benommen, sondern gehemmt. Daher sind die Kranken unordentlich und im Anzuge nachlässig, das Haar ist ungekämmt, Gesicht und Hände ungewaschen, Fingernägel lang und schmutzig. Da sie Zähne und Mundhöhle nicht säubern, besteht häufig ein Foetor ex ore, der freilich gelegentlich auch eine andere Ursache haben kann. Der Kranke selbst fühlt das Widerliche seines Zustandes und zugleich, dass er nicht die Kraft besitzt, sich zu raffen; aus diesem Grunde lehnt er Besuche ab. Bei der Weiterentwickelung der Krankheit spielt der Charakter des Kranken eine wesentliche Rolle, so dass man die Vesania typica in eine hypochondrica, hysterica, epileptica, toxica, z. B. alkoholica, pellagrosa einteilen kann.

Unser Fall ist eine Ves. typ. hysterica, in der das Überschwengliche, Unstäte, Willenlose und Launenhafte zum Ausdruck kommt. Schwäche ist das Hauptmoment des hysterischen Charakters. Entwickelt sich die Psychose weiter, so ändert sich das Bild der Melancholie. Mit Zunahme der Schmerzempfindlichkeit und Erregbarkeit bilden sich nicht nur Hyperästhesieen, sondern auch Parästhesieen aus. Illusionen und Halu-

cinationen der Sinnesorgane gelangen in diesem Stadium zur Beobachtung. Später kommt es zu einer weiteren Steigerung der Hyperästhesieen und Parästhesieen, die Angstanfälle nehmen zu. Der Kranke ist scheinbar ruhig, befindet sich jedoch in höchster Aufregung; es ist kein Traumleben, das er führt, und es bedarf nur eines Funkens, um einen Tobsuchtsanfall auszulösen. Ich möchte diese Zeit als das sogenannte Selbstmordstadium bezeichnen. Nach diesem Stadium treten die sog. Raptus melancholici (Entladungen der melancholischen Gefühle nach aussen hin) auf, mit deren Erlöschen sich dann eine Abspannung und Müdigkeit einstellt. Der Raptus braucht sich nicht immer in die motorische Sphäre zu entladen, sondern kann es auch in eine andere centrifugale z. B. die sekretorische. Es kann da zu reichlichem Thränenerguss, zu profuser Schweissabsonderung, zu vermehrter Thränensekretion kommen; auch Temperatursteigerung oder Erytheme treten zuweilen als Äquivalente der motorischen Vorgänge auf. Noch zu bemerken wäre, dass der Kranke den Raptus auf einen ihm besser passenden Zeitpunkt verschieben kann. Solche aufgeschobene Raptus treten dann häufig in anderer Form z. B. als reichlicher Thränenverguss oder tiefer Schlaf auf. Längere Zeit (über Wochen) sich ausdehnende Raptus werden zur Tobsucht, zum Furor. Patient rennt auf und ab, lärmt, heult und vernichtet alle nicht handfesten Gegenstände. Speise und Trank, welche ihnen von den Wärtern gebracht werden, werfen sie diesen an den Kopf. Ihre Kleider reissen sie vom

Leib herunter und zerreissen sie in kleine Fetzen. Nur mit dem Hemd bekleidet irren sie umher; sie eilen hinaus ins Freie. In diesem Zustande müssen sie in einem Isolierraum untergebracht werden, wo sie sich nach Bedürfnis austoben können. Ihre Excremente setzen sie ab, wo es gerade ist, und besudeln sich selbst und alles damit; dabei flieht sie Tage lang der Schlaf. Der Appetit ist während dieser Zeit verringert, die Respirationsorgane sind der Sitz eines Katarrhs geworden; die Nase ist voll Schleim und Borken, die Atmung erschwert; daher hält der Kranke, auch wenn er ruhiger ist, den Mund zum Atmen offen. Seine Stimme ist heiser, auf der Brust sind Rasselgeräusche zu hören, sein eitrig-schleimiges Sputum speit der Kranke an Wand und Thür. Die Temperatur ist erhöht. Daraus erklärt sich der Durst des Kranken, die Trockenheit seiner Nase, die Neigung sich zu entkleiden und nackt zu laufen. Die Herzaktion ist dabei natürlich gesteigert, und am Herzen selbst sind Geräusche wahrzunehmen, die selbstverständlich nicht auf Fehlern der Atrioventrikularklappen beruhen, sondern auf Parakinesieen des Herzmuskels und Anomalieen der Blutschwingungen. Bald treten nun Ernährungsstörungen auf; der Kranke wird magerer, Furunkel und Ekthymapusteln, ja selbst Phlegmonen können sich einfinden, die Augen sind gerötet, die Gesichtszüge ermüdet und verzerrt, die Haltung gebrochen. Allmählich mässigt sich nun die Tobsucht, die Temperatur sinkt, es stellt sich ein Schlaf von mehreren Stunden ein, ein kaum zu stillender Heiss-

hunger tritt auf. Ab und zu erfolgt noch ein Raptus, der auch durch Thränenverguss, Schweissabsonderung, Speichelfluss oder mehrtägigen Schlaf ersetzt werden kann. Auch Hautausschläge, Psoriasis universalis, Acne, Furunculosis, Ektasieen der Talgdrüsen sind als trophisches Äquivalent der Tobsucht beobachtet worden. Bekannt ist, dass sich bei phtisischen Geisteskranken, sobald der Auswurf stockt, die Psychose verschlimmert. Aus der Tobsucht bezw. ihren Äquivalenten ist nun Übergang in Genesung möglich; andernfalls bildet sich das Stadium maniacale aus.

2) Stad. man. Nach mehrtägiger Ruhe und relativ verständigem Verhalten, das eine Genesung leicht vortäuschen kann, tritt die Manie in den Vordergrund. Der Kranke lacht und jauchzt, hüpft und tanzt, klatscht in die Hände, singt und pfeift. Seiner heiteren Stimmung verleiht er durch Witze und Scherze Ausdruck; kurz, er ist ein Bild des Übermuts. Er wird ein Cyniker, das frivole und lascive Element gewinnt in ihm die Oberhand. Daraus jedoch eine Folgerung auf den früheren Charakter des Patienten zu ziehen, wäre grundfalsch. Wahnvorstellungen (Grössenwahn) sind in diesem Stadium häufig; doch glaubt wohl der Kranke zuweilen selbst nicht recht an all das, was er zu sein behauptet. Daneben kommen aber zweifellose Illusionen und Halucinationen vor. Personen ihrer Umgebung halten die Kranken für Verwandte und Freunde. Hysterische glauben in einem Schlosse zu sein und mit Grafen und Prinzen zu verkehren. Werden diese Vorstellungen bestritten, dann kommt

es zu Raptus; doch sind dieselben von kurzer Dauer und geringer Heftigkeit, daher leicht zu besänftigen. Späterhin kommt es zu einem indifferenten Erregungszustande. Der Schlaf ist während der Manie verschieden; doch ist ein guter Schlaf bei den Maniakalischen keine Seltenheit. Ein lang andauernder, tiefer Schlaf giebt eine günstige Prognose. Der Appetit ist gut, ja sogar häufig vermehrt. Getränk wird in schmackhafter Form gern genossen. Bei Betrachtung des äusseren Habitus der Maniakalischen fällt uns auf, dass die Extensoren, Abduktoren und Supinatoren das Übergewicht haben; die Erweiterer der Augen, der Nase und des Mundes sind in Thätigkeit getreten, ebenso die Levatores palpebrarum, labii superioris et alae nasi. Der Mund ist zum Lächeln verzogen. Der Maniakalische sieht dem Tobsüchtigen ähnlich, doch ist er blässer als dieser. Erlischt die Manie, so sellt sich beim Kranken Ruhe und klareres Bewusstsein ein; daran schliesst sich regelmässig das 3. Stadium an.

3) Stadium melancholicum secundarium. Der Kranke ist niedergeschlagen und hält sich stundenlang an derselben Stelle auf, die er nur schwer wechselt, für äussere Eindrücke ist er unempfänglich. Reize wirken hemmend auf ihn ein, teils gehen sie für den Kranken ganz verloren. Bald entwickelt sich ein ausgesprochener Stupor mit auffallender Hypästhesie. Einzelne Nadelstiche werden gar nicht mehr empfunden, erst eine Cumulation derselben bringt Wirkung hervor. Es bilden sich stärkere melancholische Zustände aus, die sehr qualvoll sind und zur Erschöpfung,

Lähmung und damit zum echten, wahren Stupor führen. Ein Äquivalent desselben ist auffallend häufig Speichelfluss, der am ganzen Körper herunterläuft, auch profuse Absonderungen von Nasenschleim und Leukorrhoeen bei Frauen sind beobachtet worden. Im wahren Stupor ist der Kranke völlig reaktionslos, alles muss ihm gemacht werden; er ist sozusagen eine lebendige Leiche. Dieser Stupor führt häufig zum Blödsinn. Im Stad. mel. sec. ist der Schlaf gut, der Patient ist ein Muster von Ruhe. Der Appetit ist wegen der Hypästhesie mangelhaft, die Temperatur subnormal, die Respiration geschwächt und langsam. Am Körper treten venöse Stasen auf; das Gesicht erscheint plump und roh und ist durch das Ödem gewöhnlich so weich, dass man die Nase platt drücken und die Ohren lappig zusammenbiegen kann (omen infaustum).

Nun geht die Vesanica typica entweder in Genesung über, oder es schliesst sich noch einmal das Stadium maniacale und Stadium melancholicum secundarium an. Ein dritter Ausgang wäre der Übergang des Stad. mel. sec. in sekundäre, chronische Paranoia oder endlich in völligen Stupor, der chronisch den apathischen Blödsinn darstellt.

Die Dauer der Vesania typica kann sich auf Wochen und Jahre erstrecken. Gewöhnlich tritt nach drei- bis sechsmonatlicher Dauer völlige Genesung ein; bei längerer Dauer ist die Prognose zweifelhaft, hält die Psychose über ein Jahr an, dann ist eine Heilung sehr selten und chronische sekundäre

Paranoia oder völliger Stupor ist der gewöhnliche Endausgang.

Vergleichen wir nun kurz unsere Krankengeschichte mit dem als typisch angegebenen Verlauf der Psychose, so kommen wir zu folgendem Resultat.

Die erste geistige Störung trat bei der Patientin im Jahre 1890 in Form eines Tobsuchtsanfalles auf, und zwar nur scheinbar unvermittelt; denn bei näherem Zusehen ergiebt sich, dass das sog. Prodromalstadium nur nicht von den Laien in genügender Weise gewürdigt worden ist, da aus den Personalakten ersichtlich ist, dass Patientin in der letzten Zeit vor dem Tobsuchtsanfall Unlust zur Arbeit an den Tag gelegt hat, bei der Arbeit selbst sich lässig gezeigt und überhaupt durch ein grobes, heftiges, reizbares Wesen aufgefallen ist. Auch über Stuhlverstopfung soll sie längere Zeit hindurch geklagt haben. Dem Arzte genügen diese Angaben zur Erklärung des Tobsuchtsanfalls; es war eine Vesania typica legitima vera abortiva raptuosa, wie man sie sonst bezeichnen will, bleibe dahin gestellt.

Ein zweiter Tobsuchtsanfall, wahrscheinlich auch eine Ves. typ. leg. ver. abort. rapt. (näheres ist darüber nicht zu ermitteln) veranlasste ihre Überführung in die hiesige psychiatrische Klinik im Frühjahr 1891.

4 Jahre ist sie anfallsfrei geblieben. Im Frühjahr 1895 beginnt sich nun die Ves. typ. leg. ver. compl. zu entwickeln, und zwar nimmt das Stad. mel. init. ziemlich unbemerkt seinen Anfang. Zum

1. Raptus kommt es Anfang September 95, an den sich die typischen Erscheinungen des Stad. mel. init. anschliessen. Interessant ist die Thatsache, dass die Raptus bei unserer Patientin immer im Zusammenhang mit der beginnenden Menstruation auftreten. Griesinger macht schon auf den Einfluss der Menses auf den Gemütszustand Geisteskranker aufmerksam, er sagt darüber: „Dauert die Menstruation während der Geisteskrankheit fort, was oft ohne die geringste Störung der Fall ist, so wird nicht selten bei ihrem jedesmaligen Eintritt vermehrte Exaltation, überhaupt allseitige Störung der Geistesstörung beobachtet. In seltenen Fällen hat man selbst nur periodisches Irresein während der Menstruation, jedesmal mit mehrwöchentlichem vollständigen Intervallum lucidum beobachtet."

Von Mitte September ab nun stellt sich ein Zustand ein, der sehr wechselvoll ist; die Patientin ist bald klar, bald verworren, bald traurig, bald heiter.

Anfang November gewinnt zweifellos die heitere Verstimmung die Oberhand, das Stad. man nimmt seinen Anfang und tritt bald in ausgeprägtester Weise in Erscheinung; es weicht Mitte December dem Stad. mel. sec. Ende Februar 96 beginnt sich ein zweites Stad. man. zu entwickeln, das Anfang April seinen Höhepunkt erreicht. Mitte April schliesst sich ein vollständiger Stupor daran, der sich Ende April allmählich zu lösen anfängt. Seit dieser Zeit nun ist das Verhalten der Patientin sehr wechselvoll, bald ist sie maniakalisch, bald melancholisch; die Ves. typ.

leg. ver. compl. hyst. ist allem Anscheine nach in eine sekundäre chronische Paranoia mit voraussichtlich ungünstiger Prognose übergegangen.

Beifolgende Kurve giebt in den gebrochenen Linien den Verlauf der Psychose nach den Daten der Krankengeschichte an, während uns die umrissene Linie ein Gesammtbild liefern soll.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Arndt, der mich bei Ausführung der Arbeit in liebenswürdiger Weise durch seinen Rat unterstützt hat, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie, Wien und Leipzig 1883.

Arndt und Dohm, der Verlauf der Psychosen, Wien und Leipzig 1887.

Griesinger, die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Stuttgart 1861.

Lebenslauf.

Max Hermann Arndt, Sohn des 1870 verstorbenen Postsekretärs Carl Arndt und seiner Ehefrau Helene geb. Radek, evangelisch, wurde am 3. Mai 1870 zu Breslau geboren. Seinen ersten Schulunterricht erhielt er in der Stadtschule zu Cosel O S., sodann besuchte er die höhere Privat-Knabenschule ebendaselbst und später das Kgl. katholische Gymnasium zu Neisse, welches er Ostern 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Darauf bezog er die Kgl. Technische Hochschule in Berlin, um S.-S. 1890 und W.-S. 1891/92 Bau-Ingenieurwesen zu studieren, nachdem er October 1890—91 in seiner Vaterstadt Cosel O S. der Militärpflicht genügt hatte. Dann widmete er sich dem Studium der Medicin und bezog die Universität Greifswald, woselbst er im Februar 1894 das Tentamen physicum bestand. Ostern 1894 verliess er Greifswald, um seine Studien in Breslau fortzusetzen. Seit Ostern 1895 studiert er wieder in Greifswald und bestand daselbst im Mai 1896 das Examen medicum und rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Breslau:

Fraenkel, Geppert, Groenouw, Hirt, Kolaczek, Miculicz, Neisser, Stern.

In Greifswald:

Abel, Arndt, Ballowitz, Busse, Credner, Gerstaecker †, Grawitz, Helferich, Heidenhain, Krabler, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Peiper, Pernice, von Preuschen, Oberbeck, O. Schirmer, Schmitz †, Schultze, H. Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Fast jeder Selbstmord ist als Entladung einer schweren melancholischen Erkrankung, als Raptus melancholicus aufzufassen.

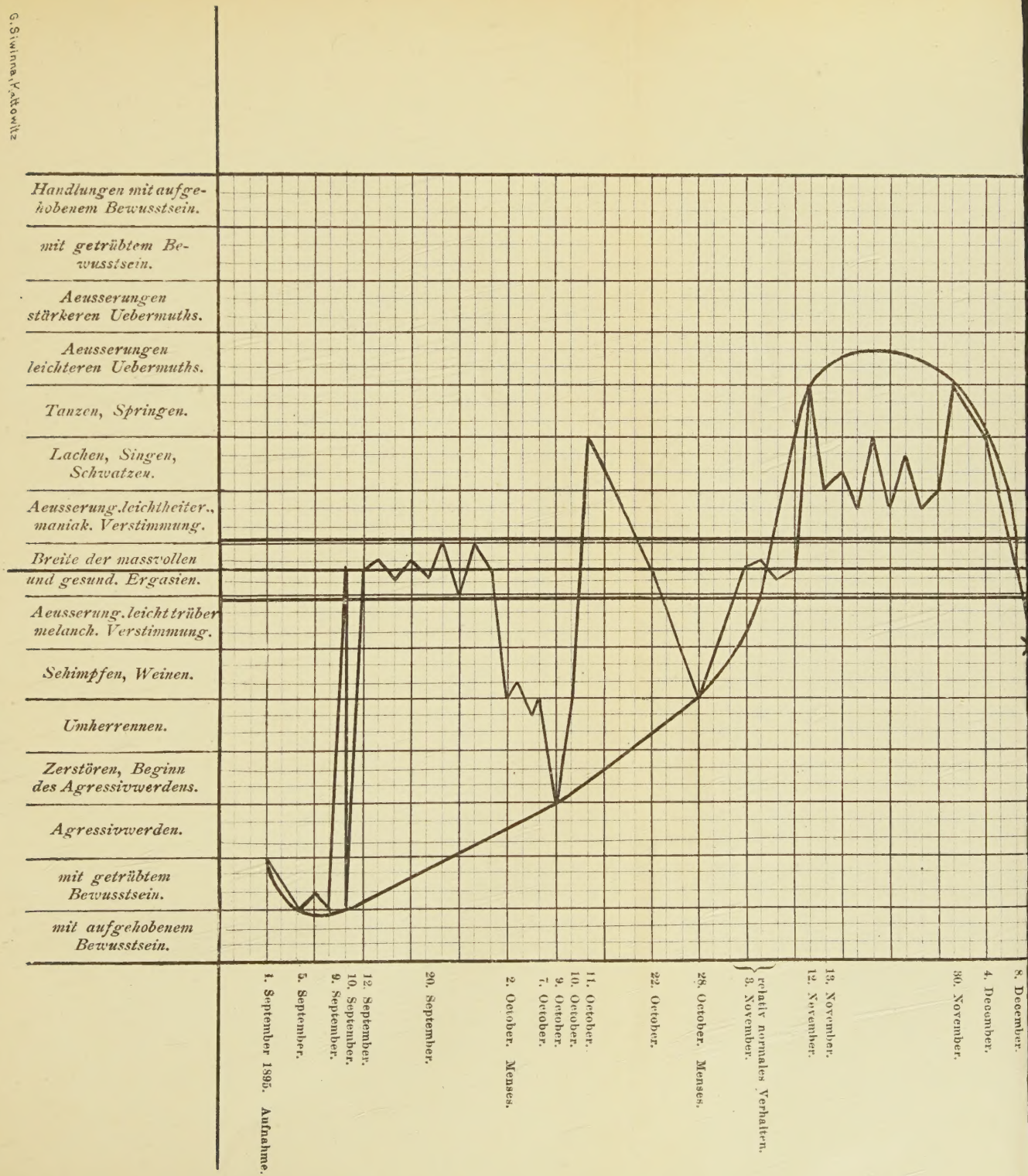
II.

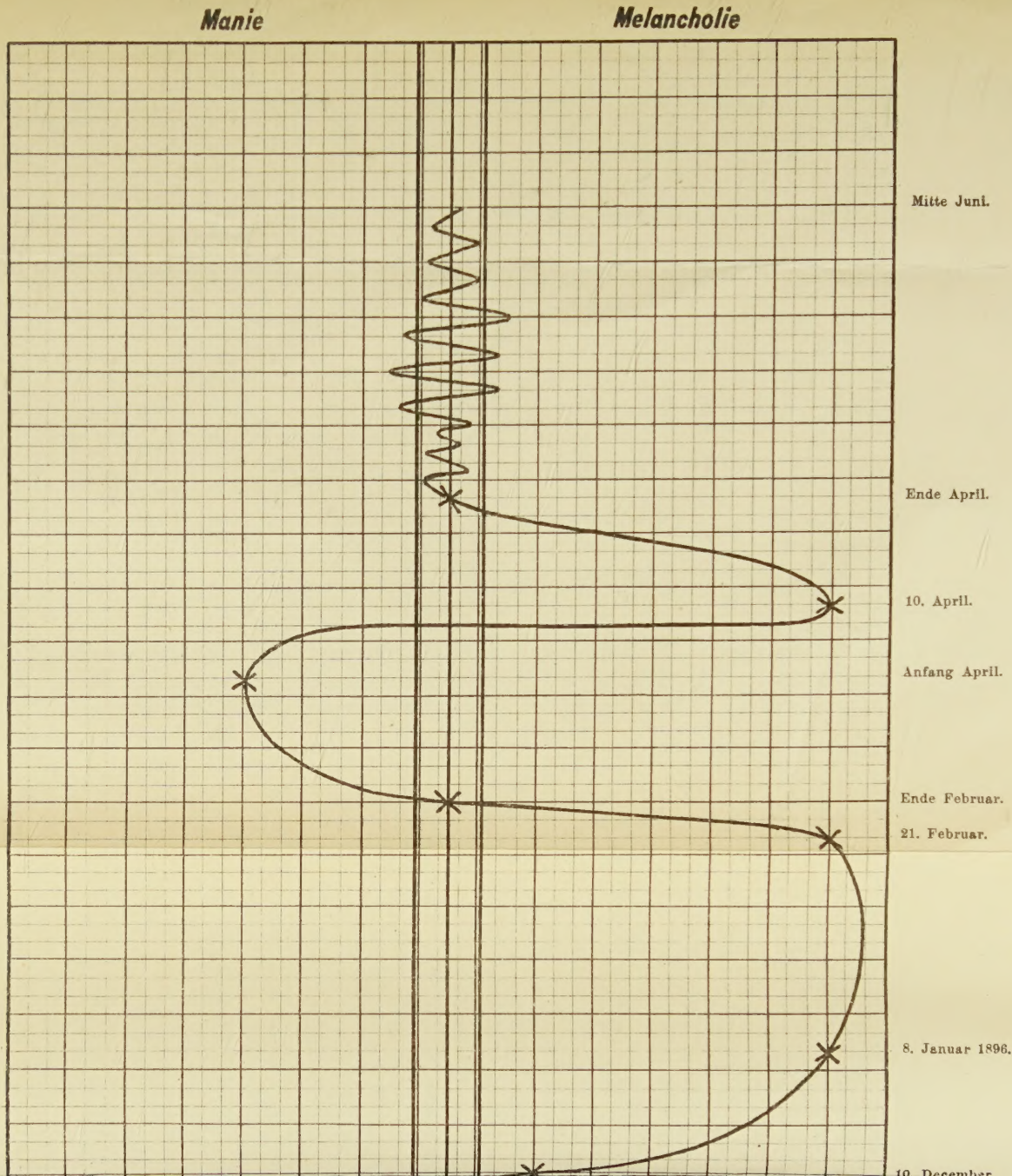
Bei der Behandlung von Geisteskranken ist der regelmässigen Stuhlentleerung eine ganz besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

III.

Bei Tobsuchtszuständen Geisteskranker ist die mechanische Beschränkung, vor allem durch Isolierzelle, sodann durch Zwangsstuhl, gelegentlich auch durch Zwangsjacke der anhaltenden Behandlung durch Narkotika vorzuziehen.

G. Siwinna, Jakowitz




Manie
Melancholie
Mitte Juni.
Ende April.
10. April.
Anfang April.
Ende Februar.
21. Februar.
8. Januar 1896.
19. December